

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ОШИБОК В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Сиротко В.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет*

Введение. Процесс лечения больных в травматологии и ортопедии включает в себя два основных аспекта: определение состояния больного (диагностика), назначение наиболее эффективного воздействия на организм больного (план лечения) и его реализация. В процессе диагностики, выборе тактики лечения мы встречаемся с одной общей проблемой – принятие решения. Эффективное принятие медицинского решения требует от врача просмотра и перестройки медицинской информации, которой он обладает, на основе анализа исходов лечения. В этом контексте должное внимание следует уделять проблеме ошибок в работе врача как основного действующего лица сложного динамического процесса «диагноз – выбор действия» (1,3).

Материалы и методы. Нами была проведена экспертная оценка этапного оказания медицинской помощи при травмах у 489 пострадавших (помощь оказанная бригадой скорой медицинской помощи на месте получения травмы, лечение в поликлинике, в стационаре) в г. Витебске в 2001 – 2006 г.г.

Результаты и обсуждение. 294 (60,12 %) пострадавшим медицинская помощь на месте получения травмы была оказана бригадой скорой медицинской помощи. При этом 210 (71,42%) пострадавшим она оказана своевременно и в полном объеме. Из 84 пострадавших причиной несвоевременного и неполного оказания медицинской помощи у 58 из них (69,05%) явилось то, что врач неточно оценил тяжесть повреждения – не диагностировал травматический шок у 42 (73,68%) пострадавших. Ошибки диагностического характера имели место у 16 (27,6%) пострадавших.

Из 72 пострадавших, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику, в 28,20% случаев (22 пострадавших) она оказана несвоеременно и не в полном объеме. Причины этого были следующие: неправильная тактика лечения – у 18 (81,82%) пострадавших, врач-травматолог неполностью собрал анамнез – у 2 (9,09%), неправильная оценка тяжести повреждения – у 2 (9,09%).

Степень влияния несвоевременного и неполного оказания помощи в поликлинике: способствовало возникновению осложнений и удлинению сроков лечения – у 14 (63,64%) пострадавших, привело к несращению переломов – у 8 (36,36%). У 31 пострадавшего, находившихся на лечении в поликлинике выявлены следующие осложнения: смещение костных отломков в процессе лечения – у 16 (51,61%) пострадавших; выраженный болевой синдром и контрактура суставов – у 6 (19,35%); неправильное сращение костных отломков – у 4 (12,90%); остеомиелит – у 3 (9,68%); нагноение послеоперационной раны – у 2 (6,45%). В стационаре находились на лечении 448 пострадавших, из них 140 (31,25%) пострадавшим проводилось консервативное лечение, 308 (68,75%) - оперативное. В целом в диагностике и лечении на этапах оказания травматологической помощи имели место следующие ошибки: неадекватная тактика осмотра пострадавшего на месте происшествия – у 58 (29,29%) пострадавших; неполный объем реабилитации в стационаре – у 57

(28,78%); неправильный выбор методов фиксации отломков – у 35 (17,68%); невосполненная кровопотеря в предоперационном периоде – у 33 (16,66%); неправильный выбор сроков проведения оперативных вмешательств – у 15 (7,58%); недостаточный контроль в поликлинике за положением репонированных отломков – у 19 (9,60%); недостаточный контроль за состоянием гипсовой повязки – у 18 (9,09%); неадекватность методов консервативного лечения переломов – у 16 (8,08%) (2).

В своей работе мы придерживаемся определения ошибок и осложнений, данных А.В. Лукиным (1986): «Ошибки – неправильность в рассуждениях, решениях и действиях, которые привели к осложнениям или неблагоприятному исходу» (3).

Нами определены следующие категории ошибок:

1. Ошибки в диагностике перелома:

- неадекватная тактика осмотра пострадавшего на месте получения травмы;
- неустановленный диагноз (врач не выявил признаков перелома костей и считает пациента здоровым);
- частично неустановленный диагноз (при множественных и сочетанных травмах диагностируются не все переломы костей);
- ошибочный диагноз;

2. Ошибки в лечебной тактике:

- ошибка в выборе режима лечения (стационарный, амбулаторный);
- ошибки в определении метода лечения (консервативное, оперативное);
- неправильный выбор сроков проведения оперативных вмешательств;
- неадекватное лечение – несвоевременное (позднее) оперативное лечение на суставе или диафизарной части кости, нерациональный выбор способа остеосинтеза, неправильный режим ведения больного в послеоперационном периоде;
- неполноценное лечение – погрешности в выборе доступа при остеосинтезе, недооценка физио-функционального и медикаментозного методов лечения.

3. Лечебно-тактические ошибки:

- ошибки в технике выполнения оперативных вмешательств (повреждение крупных сосудисто-нервных образований, неустранение смещения костных отломков в процессе интраоперационной репозиции, неправильное расположение фиксатора по отношению к линии перелома, что обуславливает нестабильность остеосинтеза, отказ от дренирования раны или его неполноценность и т.д.);
- ошибки в технике выполнения врачебных манипуляций (репозиция переломов, в процессе консервативного лечения, вправлении вывихов).

4. Организационные ошибки.

Литература:

1. Гайдаров Г.М. Оптимизация больничной медицинской помощи в условиях крупного города / Г.М.Гайдаров, И.С.Кицуп, Д.В.Кулеш // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 4. – С. 27– 30.
2. Косинец А.Н. Результативность травматологической помощи и критерии ее определяющие / А.Н.Косинец, В.С.Глушанко, В.В.Сиротко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – № 3. – С. 24– 28
3. Масленников Г.Ю. Классификация ошибок при лечении переломов. / Г.Ю.Масленников, В.И.Иванов, А.В.Глухов и др // Современные технологии в травматологии, ортопедии: ошибки и осложнения – профилактика и лечение: материалы Междунар. конгресса. – Москва, 2004. – С 99.